

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN
AFECTADA POR LA INUNDACIÓN DURANTE EL
FENÓMENO DEL NIÑO DEL 2017, PIURA-PERÚ”**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentada por:

Br. Emanuel Ramos Cedano

Asesor:

Dr. Víctor Ocaña Gutiérrez

Piura, Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN
AFECTADA POR LA INUNDACIÓN DURANTE EL
FENÓMENO DEL NIÑO DEL 2017, PIURA-PERÚ”**

Salud Pública

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

EMANUEL RAMOS CEDANO

AUTOR

DR. VÍCTOR OCANA GUTIÉRREZ

ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA




**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN
AFECTADA POR LA INUNDACIÓN DURANTE EL
FENÓMENO DEL NIÑO DEL 2017, PIURA-PERÚ”**

Salud Pública

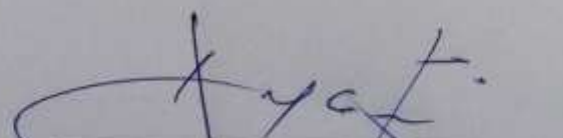
TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO



DR. BENICIO JARA FLORES
PRESIDENTE



DR. LUIS ANTONIO RUEDA ÁVALO
SECRETARIO



DR. MANUEL GIRÓN SILVA
VOCAL



ACTA DE SUSTENTACION



Ejecutor (es) : EMANUEL RAMOS CEDANO
Asesor : DR: VICTOR OCAÑA GUTIERREZ

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, nombrados con Resolución 116-19-F.CS. del 12/03/19, dictaminan que el Trabajo de Investigación "CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y FUNCINAMIENTO FAMILIAR EN UNA PBLACION AFECTADA POR LA INUNDACION DURANTE EL FENOMENO DEL NIÑO DEL 2017, PIURA - PERU", presentado por la Bachiller (es) EMANUEL RAMOS CEDANO, para optar el Título de **Médico Cirujano** de la Universidad Nacional de Piura, está en calidad de:

APROBADO				DESAPROBADO
EXCELENTE	SOBRESALIENTE	MUY BUENO	BUENO	
X				

En consecuencia queda en condición de ser calificado **APTO** por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Piura y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO** de conformidad con lo estipulado en la ley.

En fe de lo cual se firma la presente a los Veintidos días del mes de marzo del 2019

Castilla, 22 de marzo del 2019


DR. BENICIO JARA FLORES
PRESIDENTE


DR. LUIS ANTONIO RUEDA AVALO
SECRETARIO


DR. MANUEL GIRON SILVA
VOCAL

DEDICATORIA

*A mis padres, que han hecho posible gracias a su esfuerzo y amor,
que pueda llegar a este momento de mi carrera.*

*A mi hermana Yesebel, por enseñarme con su ejemplo que con
dedicación y perseverancia se llega cada vez más lejos.*

*A mis amigos durante la etapa de pregrado y el internado; con
quienes aprendí a evaluar un paciente y a hacer investigación;
quienes me acompañaron en cada momento bueno y malo; y con
quienes se hizo más fácil y entretenido el camino.*

*Y finalmente a mis docentes y los pacientes que encontré en el
camino, de quienes he aprendido en la práctica realmente como se
vive esta profesión.*

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA

- 1.1.- Descripción de la realidad problemática.
- 1.2.- Justificación e importancia de la investigación.
- 1.3.- Objetivos
 - 1.3.1. Objetivo general
 - 1.3.2. Objetivos específicos
- 1.4.- Delimitación de la investigación

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- 2.1.- Antecedentes de la investigación.
- 2.2.- Bases teóricas.
- 2.3.- Glosario de términos básicos.
- 2.4.- Hipótesis

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

- 3.1 Enfoque y diseño.
- 3.2 Sujetos de la investigación.
- 3.3 Métodos y procedimientos.
- 3.4 Técnicas e instrumentos.
- 3.5 Aspectos éticos

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

- 7.1.- Consentimiento Informado
- 7.2.- Instrumento
- 7.3.- Fotografías

RESUMEN

Antecedentes y Objetivo: Las inundaciones traen consigo efectos en la salud a corto y largo plazo, que involucran la calidad de vida y el funcionamiento familiar. En Piura, las consecuencias de la inundación secundaria al Fenómeno del Niño en el 2017 aún se encuentran en estudio. El objetivo de la investigación fue determinar la relación que existe entre la calidad de vida relacionada a la salud y el funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio correlacional cualitativo y cuantitativo, de corte transversal analítico prospectivo en los pobladores del Programa Habitacional de Damnificados San Pablo en Piura, una población reubicada tras esta inundación. Se aplicó un muestreo probabilístico sistemático. Se midieron variables sociodemográficas y se utilizó un instrumento validado para medir la calidad de vida en relación a la salud (SF-36); y el funcionamiento familiar (Test FFSIL). Además, se utilizó una entrevista no estructurada para la valoración de las condiciones de vida. Se utilizó estadística descriptiva, correlación de Spearman y de Pearson según distribución.

Resultados: De las 65 viviendas escogidas, se encuestaron 62. Se recolectaron encuestas de 86 pobladores y de 55 familias. La población predominante fue mujer (62,5%), con edad promedio de 42 años, casada (40,7%) o conviviente (36%), de bajo grado de instrucción, con empleo eventual (33,7%) o ama de casa (50%), y vivían en condiciones de hacinamiento (50%). Las condiciones de vida fueron compatibles con poblados de zona rural, con limitado o nulo acceso a servicios básicos y de educación. La calidad de vida tuvo un puntaje de 61,6 de 100, con la salud general como la esfera más afectada y el funcionamiento físico la menos afectada. Más del 95% de familias eran funcionales o moderadamente funcionales. No se halló relación entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,85 ($p < 0,05$). Se encontró relación entre calidad de vida y el sexo y la edad.

Conclusión: La calidad de vida en relación a la salud y el funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017 en Piura, no se encuentran relacionadas. Ser mujer y tener mayor edad se relaciona con niveles de calidad de vida más pobres.

Palabras clave: *Calidad de vida, Funcionamiento Familiar, Inundación, Fenómeno del Niño*

ABSTRACT

Background and Objective: Floods bring short- and long-term health effects that involve quality of life and family functioning. In Piura, the consequences of the flood secondary to the El Niño Phenomenon in 2017 are still under study. The objective of the research was to determine the relationship between the quality of life related to health and family functioning in a population affected by the flood during the El Niño Phenomenon of 2017.

Materials and methods: A qualitative and quantitative correlational, prospective analytical and cross-sectional study was carried out in the inhabitants of the Housing Program of San Pablo in Piura, a population relocated after this flood. A systematic probabilistic sampling was applied. Sociodemographic variables were measured and a validated instrument was used to measure the quality of life in relation to health (SF-36); and family functioning (Test FFSIL). In addition, an unstructured interview was used to assess living conditions. Descriptive statistics, Spearman and Pearson correlation were used according to distribution.

Results: Of the 65 houses chosen, 62 were surveyed. Surveys were collected from 86 residents and 55 families. The predominant population was female (62.5%), with an average age of 42 years, married (40.7%) or cohabitant (36%), with a low level of education, with temporary employment (33.7%) or with a from home (50%), and lived in overcrowded conditions (50%). The living conditions were compatible with villages in rural areas, with limited or no access to basic services and education. The quality of life had a score of 61.6 out of 100, with general health as the most affected area and physical functioning the least affected. More than 95% of families were functional or moderately functional. No relationship was found between quality of life and family functioning, with a Spearman correlation coefficient of 0.85 ($p < 0.05$). A relationship was found between quality of life and sex and age.

Conclusion: The quality of life in relation to health and family functioning in a population affected by the flood during the Fenónemo del Niño of 2017 in Piura, are not related. Being a woman and being older is related to poorer quality of life levels.

Key Words: Quality of life, Family Functioning, Flood, El Niño Phenomenon

INTRODUCCIÓN

El Fenómeno del Niño junto con las inundaciones asociadas durante el 2017 ha afectado a miles de individuos en el Perú y Piura. Los daños se extienden desde el punto de vista material, como la pérdida de viviendas, hasta lo no material, como la dinámica familiar y la salud de los individuos.

La calidad de vida en relación a la salud responde a cómo el individuo percibe su entorno y la satisfacción que siente de su interacción con este. En poblaciones afectadas por desastres naturales se ve alteración de los niveles de calidad de vida, así como de la interrelación dentro de las familias.

En Piura existen poblados que albergan a habitantes que provienen de las zonas más afectadas por la inundación de marzo del 2017, que a dos años después del desastre se encuentran en proceso de restauración, desconociéndose como se encuentra su calidad de vida y el funcionamiento familiar y como están relacionadas. De esta forma, el presente estudio evaluó la relación entre la calidad de vida en relación a la salud y el funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú.

Para esto se accedió a uno de los programas habitacionales pos desastre en el Bajo Piura, para el estudio de pobladores y familias mediante cuestionarios ya usados en previos estudios.

Este estudio toma importancia en la relevancia de sus resultados, que sirven para identificar problemas de la salud en pobladores que han atravesado situaciones de desastre, en donde las repercusiones llegan a extenderse hasta muchos años después del evento, y de este modo diseñar estrategias de intervención más adelante.

CAPÍTULO I: ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA

1.1.- Descripción de la realidad problemática.

El Fenómeno del Niño es un evento climático con consecuencias a lo largo del mundo, especialmente asociado con inundaciones y lluvias. En escala global, el efecto de los desastres naturales se incrementa durante este evento. (1) El Fenómeno del Niño y las inundaciones en Perú durante el 2017, según la OPS/OMS, ha reportado cifras de más de un millón de afectados, más de 100 fallecidos, y más de 200 000 damnificados. Entre otras consecuencias, 3 epidemias de enfermedades dependientes de vectores, llegando a declarar 7 departamentos del Perú en emergencia sanitaria. (2)

Los daños a la salud en relación al Fenómeno del niño y los desastres asociados han sido descritos, con impacto en las enfermedades transmitidas por vectores, por el agua, estrés térmico, problemas de salud mental y demás. (3) Posterior a las inundaciones, a largo plazo, se ha descrito exacerbación de enfermedades físicas, estrés psicológico, y en general el aumento de la morbilidad. (4,5) Además, el funcionamiento físico y social se deteriora como consecuencia de las pérdidas y el estrés vivido durante el desastre. (6)

De los 12 departamentos afectados, Piura representó el 28,45% de viviendas afectadas, con un valor absoluto de 14 535 viviendas. (7) Los grupos sociales vulnerables tienen menor probabilidad de gozar de un adecuado derecho a la salud, están expuestos a mayor morbilidad y menor acceso a una atención en salud de calidad. (8) En condiciones de desastre, las acciones deben estar dirigidas a restaurar las brigadas de salud y la infraestructura. (7)

La calidad de vida se ha definido según la Organización Mundial de la Salud como “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive”, ello matizado en función de “su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”. (9) Por ese motivo, ha sido estudiada en poblaciones afectadas por desastres, donde se ha encontrado disminución significativa de la calidad de vida, a predominio físico, social y mental. Asimismo se recomienda monitorizar las diferentes dimensiones del individuo después de las intervenciones, teniendo como meta un mejor manejo de la salud a nivel individual y familiar. (10–12) De igual manera, la dinámica de las relaciones dentro del funcionamiento familiar se ve afectado, y según el nuevo enfoque de atención primaria en nuestro país, (13) debe ser estudiado.

En el plazo de 2 años, las poblaciones afectadas han pasado de albergues temporales, a módulos temporales de vivienda. El programa habitacional de San Pablo, en el distrito de Catacaos, recoge poblaciones de nueve asentamientos humanos; donde aún no ha sido estudiado el impacto a largo plazo del desastre del 2017.

De esta manera, el objetivo del estudio fue evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y del funcionamiento familiar en estas poblaciones que han sido afectadas por el desastre natural durante el Fenómeno del Niño en el 2017.

1.2.- Justificación e importancia de la investigación.

Justificación

La salud ha evolucionado de ser un estado, a un proceso integral que comprende las diferentes esferas del individuo. Los desastres naturales que toman lugar en asentamientos humanos amplían sus consecuencias más allá de lo material, hacia la dinámica de vida de una población y al acceso a los

servicios de salud de los mismos. El impacto en una población empieza desde el evento agudo, hasta sus consecuencias a largo plazo.

Esto se ve reflejado en como el individuo percibe su entorno cultural y el sistema de valores; y se refleja en sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Es aquí que nace el término de calidad de vida. (9)

De esta forma, el impacto de un desastre natural en la salud de una población debe ser evaluado continuamente, a través de la calidad de vida; y debe incluir las dimensiones, físico, mental y social.

Importancia

La determinación de la calidad de vida en poblaciones vulnerables generará una alerta para mayor toma de decisiones, especialmente dirigidas según las dimensiones de la salud más afectadas. De igual manera, la evaluación del funcionamiento familiar permitirá tomar acciones en cada unidad social, de tipo integral.

1.3.- Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la calidad de vida en relación a la salud y el funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las condiciones de vida y/o el estilo de vida de una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú.
- Describir las características demográficas de una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú.
- Estimar la calidad de vida en relación a la salud en las esferas físico, social y mental; en una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú
- Estimar el funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú

1.4.- Delimitación de la investigación

El estudio fue ejecutado en la población del Sector A del Programa Habitacional de Damnificados San Pablo – Catacaos, localizado en el CASERÍO SAN PABLO – PANAMERICANA NORTE KM 975, Distrito de Catacaos, Piura – Perú.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la investigación.

Calidad de vida pos inundación

a) Waelveerakup W realizó un estudio en el año 2014, después de la inundación del 2011, con el objetivo de estudiar la calidad de vida en los sobrevivientes de la crisis, que vivían en refugios. El estudio encontró que el 65.9% de la población poseía un nivel de calidad de vida moderado, siendo la dimensión social la de mejor puntuación. La dimensión menor puntuada fue la ambiental. Se concluye que se debe monitorizar la calidad de vida de la población después de las intervenciones de ayuda y de la recuperación de la comunidad, coberturando a ambos géneros y todas las edades. (10)

b) En el 2015, Wu J et al realizaron un estudio en China, en 8 poblados de la ciudad de Bahzong, una zona afectada por la inundación. La población en estudio fueron adultos mayores, y usaron el Cuestionario en Salud SF-36 para evaluar la calidad de vida en relación a la salud después de la inundación del 2011. Los resultados de las 8 dimensiones fueron menores en comparación a otras zonas rurales, y se asoció a la edad, estado civil, patrones de sueño, enfermedades crónicas y demás. (14)

b) En el año 2008, Heo JH et al realizaron un estudio sobre la calidad de vida de pobladores que sufrieron la inundación en una región de Korea, utilizando el cuestionario de Salud SF-36. Se basaron en datos tomados previamente por otro estudio, para evaluar prospectivamente la calidad de vida antes y después de la inundación. El estudio encontró una disminución significativa de la calidad de vida después del desastre, a predominio de la dimensión física y social. Además, hallaron que el desastre provocó elevadas tasas de depresión de estrés postraumático. (11)

c) Tan Hz et al realizaron un estudio en el 2004 en la población del lago de Dongting en China, que sufrió de una inundación. Evaluaron los efectos del desastre, en las áreas de apoyo social y calidad de vida. Se encontró que la inundación se relacionó con menores niveles de calidad de vida, siendo el impacto mayor en ancianos, personas introvertidas, granjeros, y residentes con eventos adversos. Asimismo encontraron que el apoyo social contrarrestaba el impacto negativo del desastre. (12)

Calidad de vida y salud mental pos desastre natural

a) En China se estudió en el 2014 a los residentes de una región pos terremoto, para evaluar su calidad de vida y adaptación. Se utilizó la versión breve del Cuestionario de Salud SF-36. Se obtuvo que en las 8 escalas de evaluación, existía una pobre puntuación con valores menores al 50%. Asimismo, que la mayoría de habitantes no se habían adaptado adecuadamente a las condiciones pos desastre, específicamente a la pobre infraestructura y pobre sistema de tecnologías. (15)

b) En China se evaluó en el 2011 a una población de 560 individuos después del terremoto Wenchuan, que vivían en casas prefabricadas a dos años después del mismo. Se encontraron mediante el cuestionario de salud SF-36, niveles bajos de calidad de vida, y se asoció al índice de calidad de sueño y estrés pos traumático. (16)

c) Se evaluó en China en el 2018, 9 años después del terremoto de Wenchuan, el efecto del estrés pos traumático medido por el modelo de 7 factores de la DSM-V, sobre la calidad de vida medida través del cuestionario de salud SF – 36. Se encontró que síntomas de excitación disfórica se asociaron fuertemente a la dimensión física de la calidad de vida. (17)

d) Ozdemir O et al en el 2015 estudiaron 5 regiones de China que fueron afectadas por un terremoto, se estudió la relación entre estrés postraumático y calidad de vida. Se encontró que de las escalas de

la calidad de vida estudiadas con el Cuestionario de Salud SF-36: el rol físico, dolor físico, salud general y rol emocional, estaban inversamente relacionados con la severidad del estrés pos traumático.(18)

Salud mental pos inundación y otros desastres en Perú, 2017

a) En Perú se realizó un estudio en el 2017 durante los desastres asociados al fenómeno del Niño, en una población afectada por la inundación pos “huaycos”. Se identificó la prevalencia de trastorno de estrés pos traumático y los factores asociados; obteniendo una prevalencia de 48,4%, asociada a estado civil separado, ingreso mensual menor a 500 soles, vivienda afectada. Finalmente sugieren hacer seguimiento a la población para su intervención. (19)

2.2.- Bases teóricas.

a) Salud

La salud ha sido definida el siglo pasado según la Organización Mundial de la Salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Asimismo, es derecho del ser humano lograr el nivel más alto de salud sin distinción alguna, ya sea religiosa, étnica, económica, social o política.(20)

b) Calidad de Vida

El término de calidad de vida ha sido estudiado desde la segunda mitad del siglo pasado. Esta ha sido definida como la forma en la que el individuo advierte el espacio que ocupa en un entorno cultural y en un sistema de valor; esto en relación a sus “objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”.(9) Para esto, recibe influencia del contexto de su estado físico, mental, grado de independencia, interacción social, elementos del ambiente y convicciones personales.

De esta manera, la descripción de la calidad de vida es el reflejo subjetivo del individuo, mas no del personal de salud, de sus familiares, de sus pertenencias ni de su condición social. En otras palabras, no refleja lo ingresos del individuo, sino la satisfacción que ofrecen los mismo.(9)

Medición de la calidad de vida

Los instrumentos creados para evaluar la calidad de vida parten de la opinión del paciente, (21) y evalúan diferentes esferas y facetas, como las mencionadas en el foro de salud acerca de la calidad de vida: (9)

<i>Esfera Física</i>	: Dolor, malestar, energía, sueño, etc
<i>Esfera Psicológica</i>	: Sentimientos positivos y negativos, autoestima, imagen corporal, memoria, concentración, etc
<i>Esfera de Grado de Dependencia</i>	: Movilidad, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajo, etc.
<i>Relaciones Sociales</i>	: Relaciones personales, apoyo social, etc.
<i>Entorno</i>	: Seguridad física, recursos financieros, transporte, atención sanitaria y social, actividades recreativas, etc.

Espiritual

: Religión, creencias personales, etc.

Uno de estos instrumentos es el creado por la Organización Mundial de la Salud, denominado WHOQOL-100 y el WHOQOL-BRIEF, a partir de la colaboración de diferentes grupos culturales. Esta encuesta evalúa cómo el paciente atraviesa su enfermedad y como advierte su “bienestar”, a través de una serie de preguntas calificadas en frecuencia con una escala de Likert, según lo que ha vivido en las últimas 2 semanas. (22)

Otro de los instrumentos, el empleado en este estudio, es el Cuestionario de Salud SF-derivado del estudio de resultados médicos. Este cuestionario cubre 8 escalas similares a las mencionadas anteriormente, a través de 36 preguntas. Las escalas cubiertas son: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, salud mental, transición del estado de salud. (23,24)

Usos

La utilización de escalas de calidad de vida permite en los estudios de investigación, comparar los beneficios frente a diferentes tratamientos para un mismo problema. (9,25) Asimismo, puede permitir conocer los efectos de un programa de salud, y así medir el cambio producido por una intervención.(26)

Otro de los objetivos del uso de estos cuestionarios es la sensibilización del personal de salud, para que no sólo se centren en síntomas, discapacidades o la enfermedad; sino que evalúen como la enfermedad afecta al individuo.(9) De esta forma, se humaniza la medicina, dejando de lado el sistema de instituciones públicas.(27)

Estas escalas, específicamente el Cuestionario en Salud SF-36, además de su uso en poblaciones pos inundación; han sido utilizadas en poblaciones que han atravesado otro tipo de desastres (huracanes, tsunamis, terremotos). (15,28,29) Su objetivo ha sido evaluar el impacto de los mismos en sus vidas, y a veces relacionado con problemas de salud mental.

c) Funcionamiento familiar

El rol de la familia dentro de la sociedad es muy importante. Se encarga de desarrollar funciones de cada uno de sus individuos, como la educación, economía, formación en valores, desarrollo biológico, socialización, entre otras. De igual manera prepara al individuo para enfrentarse al mundo exterior y a sus cambios estructurales y funcionales.(30)

Cuando la familia no funciona de forma adecuada, esta disfunción puede exacerbar problemas de salud de base o acarrear nuevos. Sin embargo, los cambios en la sociedad contribuyen a que la familia cambie y que encuentre soluciones a los problemas. (30,31)

Se ha definido al funcionamiento familiar como “la dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad”. (32) Esa dinámica interactiva se basa en las siguientes variables:

Cohesión : unión en aspectos físicos y emocionales para hacer frente a escenarios distintos, con la respectiva toma de decisiones en el día a día.

Armonía : reciprocidad entre lo que necesita cada individuo y lo que desea, en relación con lo del resto de la familia, de forma equilibrada positiva.

Comunicación : Transmisión de forma entendible, precisa y sin rodeos de las experiencias de cada individuo.

Permeabilidad : competencia de la familia para adoptar y compartir experiencias de otras familias.

Afectividad : disposición de los integrantes de la familia para expresar y vivir los sentimientos positivos y otras emociones entre ellos.

Roles : cumplimiento de las funciones determinadas dentro del núcleo familiar y asumir las responsabilidades.

Adaptabilidad : Capacidad de la familia para cambiar de estructura de poder según sea necesario, ya sea frente a funciones o reglas.

Medición

De esta forma, en 1995 se diseñó un Test de Funcionamiento Familiar que mide de forma cuantitativa y cualitativa la funcionalidad familiar, en base a las variables mencionadas. El indicador final obtenido de la encuesta ofrece 4 grados de funcionalidad:

Familia funcional

Familia moderadamente funcional

Familia disfuncional

Familia severamente disfuncional

Se ha descrito a las familias funcionales como aquellas que propician un ambiente para el desarrollo de sus integrantes, generalmente no sufren crisis o trastornos psicológicos graves. Para esto se basa en las variables descritas: comunicación, afecto, cohesión, etc. (33)

La familia como enfoque de la atención en salud

En el Perú, desde el año 2011 se ha implantado el enfoque de la atención integral de la salud hacia la familia y comunidad. Este modelo promueve un proceso continuo que da preferencia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para poder otorgar los medios para su autocuidado. De esta forma, promueve estilos de vida sanos, fortalece la responsabilidad familiar y de la comunidad para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermedad, promueve el diagnóstico temprano.

Es así que la familia en nuestro medio se vuelve objeto de estudio para ser partícipe del proceso de salud de cada uno de sus integrantes. (13)

d) Fenómeno del Niño

El fenómeno del Niño surge a partir del movimiento de aguas cálidas del pacífico occidental hacia el oriental, secundario a cambios de presión atmosférica; y que se exagera cada cierta cantidad de años por cambios en las capas superficiales y subsuperficiales del océano. Se define fenómeno del niño cuando la temperatura promedio del mar superficial aumenta por lo menos en 0,5°C por 5 meses consecutivos como mínimo. (1,34)

Este fenómeno altera las condiciones climáticas e interviene en la formación de desastres naturales, por lo que afecta la salud directa e indirectamente. (3,35,36) Esto ha sido evaluado epidemiológicamente, mostrando que la cantidad de individuos que acuden por asistencia sanitaria en situaciones de desastres aumenta durante la temporada de El Niño y el año siguiente, presentando correlación positiva bastante significativa. (35)

Efectos del Fenómeno del Niño

Datos obtenidos de anteriores fenómenos evidencian daños que ascienden hasta 1000 y 3498 millones de dólares, durante los fenómenos de 1982 – 1983 y 1997 – 1998, respectivamente. (37)

El Fenómeno del Niño en nuestro país durante el 2017, ha provocado una serie de desastres, entre los que se encuentran más de 400 huaycos, más de 300 inundaciones, más de 150 derrumbes y más de 230 deslizamientos. (38) El sistema de información nacional para la Respuesta y Rehabilitación, reportó para mayo del 2017, 231,874 damnificados; 1 129,013 afectados y 143 fallecidos. Además, el colapso de 25,700 viviendas, 258,545 afectadas y 23,280 inhabitables. (2) Finalmente, se declaró en emergencia sanitaria los departamentos de Tumbres, Piura, Lambayeque, Cajamarca, La Libertad, Ancash y Lima Provincias.(2)

Efectos generales y en la salud

Entre los efectos generales y sobre la salud de este fenómeno, se resume en las siguientes tablas, como lo describió Hajar G et al en su artículo. (3)

ACTIVIDAD O SECTOR AFECTADO	EFFECTOS DEL FENÓMENO DEL NIÑO
PESCA	Migración de especies, escasez de anchoveta, disminuye producción de harina de pescado.
AGRICULTURA	Disminución de producción de frutas y tubérculos por aumento de temperatura y humedad.
GANADERÍA	Insumos ganaderos disminuyen y aumentan de costo, se reduce la producción de carne y leche.
EXPORTACIONES	Secundaria a caída de agricultura y ganadería
ENERGÍA	Aumento del caudal de ríos daña centrales hidroeléctricas
TRANSPORTE	Destrucción de vías de acceso.

EFFECTOS EN LA SALUD

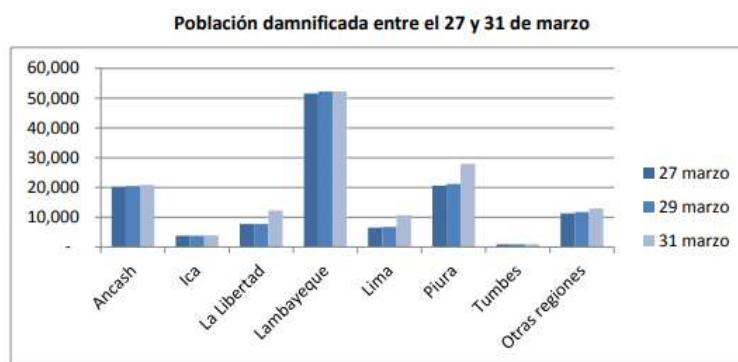
<i>Enfermedades transmisibles por vectores</i>	<i>Enfermedades de la piel</i>
Malaria, Dengue, Bartonelosis, Leishmaniasis	Verrugas virales, rosácea
<i>Enfermedades respiratorias</i>	<i>Enfermedades transmitidas por el agua</i>
IRAs, Influenza	Cólera, Shigelosis, Fiebre tifoidea.
<i>Enfermedades zoonóticas</i>	<i>Problemas de salud mental</i>
Hantavirus, Leptospirosis, Peste	Depresión, Ansiedad, Estrés pos traumático
<i>Malnutrición</i>	<i>Estrés térmico</i>

Efectos en la infraestructura

Las pérdidas en infraestructura de establecimiento en salud se deben a su vulnerabilidad por ubicaciones inadecuadas, falta de mantenimiento y diseños no apropiados. En los planes de protección no se incluye generalmente a las instalaciones, sino a los individuos. (39)

Fenómeno del Niño en Piura 2017

El 27 de marzo del 2017 tomó lugar el desborde del Río Piura producto de las lluvias intensas por el Fenómeno del Niño Costero, siendo afectados los sectores de vivienda, salud, transporte y la población piurana. En 4 días, los damnificados en la región ascendieron hasta 27 981, representando el 20% de afectados por El Niño a nivel nacional, como lo grafica la tabla obtenida del reporte de la OMS. (40)



Situación Epidemiológica y de Salud en Piura

Para las semanas 11 y 12 epidemiológicas en Piura, ya se habían identificado casos de Zika, brotes de dengue, brote de chikungunya (en Los órganos, provincia de Talara), casos de leptospira, enfermedades diarreicas agudas hasta 178 episodios/10 000 habitantes; e infecciones respiratorias altas a nivel de epidemia.(40)

Los establecimientos de salud también se vieron afectados, siendo registrados 41 en la región Piura. Se desplegó un hospital de campaña en Chulucanas, Piura, el que se estableció como dentro especializado en dengue para mediados de abril.(7)

Situación de vivienda

En la Región Piura se vieron afectadas 14 535 viviendas (el 41% de las viviendas afectadas a nivel nacional), quedando de estas: 70% inhabitables y 30% colapsadas. Se desplegaron lugares de albergue para alojar y resguardar a personas en caso de nuevos eventos adversos. Su función fue otorgar seguridad, dignidad y sostener la vida de familia y comunidad. En Piura se establecieron 61 albergues y 1618 carpas, que alojaron 15 780 personas.(7)

Mediante cooperación internacional, se instalaron tanques de agua y silos comunitarios, con condiciones “aceptables”. La preparación de alimentos se realizaba a partir de donativos de la misma. Finalmente, se acondicionaron módulos temporales de vivienda a las familias damnificadas, con un total de 1256 en Piura.(7)

2.3.- Hipótesis

2.3.1.- General

- H1: La calidad de vida en relación a la salud se relaciona directamente con los grados de funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú.
Ho: La calidad de vida en relación a la salud no se relaciona directamente con los grados de funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú.

2.3.2.- Específicas

- H1: La población en estudio cuenta con condiciones de vida y/o estilos de vida compatibles con una población de nivel socio económico bajo.
- Ho: La población en estudio cuenta con condiciones de vida compatibles con una población de nivel socio económico bajo.
- H1: La población en estudio tiene niveles de calidad en relación a la salud moderados a bajo, con mayor compromiso de la dimensión mental.
Ho: La población en estudio tiene niveles de calidad de vida en relación a la salud, no moderados ni bajos, y sin compromiso de la dimensión mental.
- H1: El funcionamiento familiar percibido en la población estudiada tiene niveles de funcionalidad moderada.
H1: El funcionamiento familiar percibido en la población estudiada tiene niveles de funcionalidad no moderada.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque y diseño.

La presente investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo. El enfoque cualitativo del estudio se debe a la descripción de las condiciones de vida y/o estilo de vida de la población. Por otro lado, el enfoque cuantitativo se atribuye a que los datos de las variables planteadas son cuantificables a través de instrumentos de medición, y utiliza hipótesis para predecir un comportamiento de las mismas.

Su diseño es observacional, transversal analítico. Planteó estudiar una serie de variables independientes en una población, y relacionarlo con una variable dependiente principal (calidad de vida en relación a la salud).

El nivel alcanzado es correlacional, pues de manera observacional asoció una variable independiente a una variable principal dependiente.

Según las tipologías, el estudio se clasifica así:

- Según la finalidad del estudio: Analítico – Correlacional
- Según el inicio del estudio y toma de datos: Prospectivo
- Según la secuencia temporal: Transversal
- Según la intervención del investigador: Observacional

3.2 Sujetos de la investigación.

3.2.1.- Universo:

Pobladores afectados por pérdida de vivienda por la inundación durante el Fenómeno del Niño en marzo del 2017 en Piura, Perú.

3.2.2.- Población:

Pobladores del Programa Habitacional de Damnificados San Pablo – Catacaos. Se encuentran ubicados en el Caserío San Pablo, Panamericana Norte Km-975 (Peaje Piura - Chiclayo), en el distrito de Catacaos; Piura Perú.

Cuenta con un total de 21 manzanas y 438 lotes. De los construidos y habitados permanentemente cuenta con 128 lotes, con aproximadamente 500 habitantes.

3.2.3.- Unidad de análisis/ observación:

a) Familias

- **Criterios de selección para las familias**

Familias cuyos integrantes que habiten de forma permanente en el Programa habitacional de Damnificados San Pablo – Catacaos.

b) Pobladores

- **Criterios de selección para pobladores:**

Criterios de inclusión:

- Pobladores del Programa habitacional de Damnificados San Pablo – Catacaos que vivan de forma permanente en el lote asignado.
- Pobladores con edad a partir de 18 años.
- Pobladores que estén de acuerdo a participar de la investigación y completen la ficha de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Pobladores que residan en el Programa habitacional de Damnificados San Pablo – Catacaos, que no provengan de los asentamientos afectados por la inundación.

3.2.3.- Muestra:

El Programa Habitacional de Damnificados San Pablo – Catacaos, cuenta con una repartición geográfica en 4 calles (en el sector A, sector en estudio).

Se tomó como unidad de muestreo a los lotes en representación de las familias, de donde se obtuvo tanto a los pobladores para el estudio de calidad de vida, así como la familia para el estudio de funcionamiento familiar.

Se determinó una muestra de 55, teniendo como parámetros: nivel de confianza del 95% (IC), 4% de margen de error (e), distribución de respuestas del 20% (p)(11) y un tamaño poblacional de 128 (N).

La fórmula utilizada fue la siguiente: (41)

$$n = \frac{N * Z_e^2 * S^2}{e^2 * (N - 1) + Z_e^2 * S^2}$$

N: Tamaño poblacional

S: varianza (a partir de la desviación estándar)

n: tamaño de la muestra

Z: constante dependiente del nivel de confianza.

e: límite de error muestral aceptable.

Se amplió el tamaño muestral a 65, aumentándose un +/-20% en caso de pérdida. Se realizó un muestreo de tipo probabilístico, sistemático. De esta forma, se halló el valor “k” (N/n=k) igual a 2, por lo que se tomó 1 de cada 2 casas en cada una de las 4 calles, respetando la sistematicidad.

3.3 Métodos y procedimientos.

3.6.1.- Capacitación

El estudio fue realizado por el autor, con ayuda de colaboradores para la recolección de datos. Para esto se convocó a estudiantes de medicina de menores años, pertenecientes a la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Piura (SOCIEMUNP).

Se les explicó en una reunión previa el objetivo del estudio y cómo utilizar los cuestionarios y la ficha de recolección de datos. (Se calificaron como “colaboradores”, pues solo intervinieron en un paso de la investigación.)

3.6.2.- Coordinación

Se contó con la coordinación inicial con parte de la Junta Directiva del Programa Habitacional, quienes brindaron información de base sobre esta población. Se realizaron 02 visitas más previas a la comunidad para coordinación con los agentes comunitarios y difusión de la actividad entre los pobladores; con el objetivo de máxima cobertura para la fecha de ejecución del estudio.

4.6.3.- Ejecución

Se realizó la visita a la comunidad para la recolección de datos. Se determinó el número de casas escogidas para encuestar en cada una de las 4 calles, de forma proporcional, manteniendo el “ $k=2$ ” establecido según el muestreo. En caso no se encontraban las familias al momento de la visita, se tomó como unidad a cualquiera de las viviendas contiguas.

En cada vivienda, se solicitó hablar con alguno de los adultos (≥ 18 años) y se le invitó a la participación en el estudio de todos los integrantes que cumplan con los criterios de selección para aplicar el Cuestionario en Salud SF – 36. Se procedió a la firma del consentimiento informado previa explicación por parte del colaborador. La ficha fue autoadministrada, con supervisión del colaborador visitante. En caso de alguna duda con el llenado o la interpretación de algún enunciado, fue resuelto en ese momento. Se verificó a la hora de recoger la ficha que esté llena en su totalidad.

A continuación, a cualquiera de los adultos, se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar FF –SIL, que requiere solo de un integrante de la familia para su resolución. Esta ficha también fue autoadministrada.

En caso de los participantes sin grado de instrucción o que no podían llenar la encuesta por sí mismos, se les aplicó tipo entrevista.

Al paralelo, el autor supervisó la recolección de datos, y entabló entrevistas no estructuradas para resolver el primer objetivo. Esta entrevista tocó temas como formación del programa habitacional, acceso a servicios básicos, acceso al sistema de salud, actividades y/o trabajos de los pobladores, costumbres, etc.

4.6.4.- Sistematización

Finalmente, se recuperaron las fichas de recolección de datos completas en físico, así como la base de datos de cada colaborador con los datos obtenidos tabulados en Microsoft Excel.

3.4 Técnicas e instrumentos.

- **Técnicas de muestreo:**

Simple. Probabilístico sistemático.

- **Técnicas de recolección de datos:**

Entrevista no estructurada. Encuesta. Trabajo de campo.

- **Instrumentos de recolección de datos:**

Ficha de recolección de datos y cuestionario. (Anexo N°02)

La ficha de recolección de datos está dividida en 3 módulos. El primer módulo es sobre las variables sociodemográficas.

El segundo módulo contiene la evaluación de la calidad de vida en relación de la salud. Esta será medida a través del Cuestionario en Salud SF-36, desarrollado en EEUU durante los 90s en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study). (23) Es utilizado para medir el perfil de salud desde el punto de vista del paciente.

Posee gran efectividad psicométrica. Puede ser autoadministrado. Es aplicable en poblaciones mayor o igual a 14 años de edad.(23) Fue traducido y validado al español 3 años después de su nacimiento.(42)

Contiene 36 ítems comprendidos en 8 sub escalas. Cada escala tiene una puntuación de “0” a “100”, con una interpretación de los extremos de su puntuación, que se muestra en la tabla 1.(43) Existe una guía que indica cómo tratar los datos ausentes, cómo calcular las puntuaciones crudas de las escalas y la transformación de las puntuaciones. (23)

Tabla 1. Contenido de las escalas del SF-36

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: Vilagut G et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. (43)

El tercer módulo, aplicable para un miembro de la familia, se utilizó para la medición del funcionamiento familiar. Se compone del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL. (32) Este es un instrumento que mide cualitativa y cuantitativamente el grado de funcionalidad familiar, a través de la cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. Para cada una de las dimensiones cuenta con 2 ítems de evaluación, que mediante escala de Likert reciben puntajes del 1 al 5:

- Casi nunca, 1 punto;
- Pocas veces, 2 puntos;
- A veces, 3 puntos;
- Muchas veces, 4 puntos;
- Casi siempre, 5 puntos.

Finalmente las categorías se designan según el puntaje total del cuestionario:

- De 70 a 57 ptos. Familia funcional;
- De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional;
- De 42 a 28 ptos. Familia disfuncional;
- De 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional.

El enfoque del estudio de la dinámica familiar en nuestro país es propuesto por el Modelo De Atención Integral De Salud Basado En Familia Y Comunidad, desde el 2011. (13)

- **Del análisis:**

Para la estadística descriptiva de las variables categóricas, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. En el caso de las variables numéricas se aplicó el test de normalidad usando la prueba de Kolmogorov Smirnov, y con eso se seleccionó la mejor medida de tendencia central y de dispersión.

Para la estadística analítica, en el caso de variables cuantitativas discretas versus cuantitativas discretas, se utilizó la Prueba de Pearson o la Correlación de Spearman, según distribución de normalidad.

Se utilizó un intervalo de confianza de 95% para la prueba de hipótesis, con un valor “p” estadísticamente significativo $<0,05$.

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS.

- **Confiabilidad y validez de los instrumentos.**

Para el Cuestionario en Salud SF, Vilagut G et al realizaron una revisión de artículos a nivel internacional que validaron el cuestionario, encontrando que el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach era mayor a 0,7 (valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos) en todas las dimensiones, excepto en Función Social. (43)

En Perú, se ha validado con población de los 15 a 64 años, obteniendo resultados de consistencia interna con Coeficiente de α de Cronbach final de 0,82; con rangos de 0,66 a 0,92 en sub dimensiones. Por lo que se concluye que el Cuestionario en Salud SF-32 muestra adecuadas propiedades psicométricas respecto a consistencia interna, validación de constructo y factores de estructura; en población peruana.(44)

Para el caso del Test de Funcionamiento Familiar, se han realizado validaciones en otras poblaciones en Latinoamérica, como la realizada por Fuentes AP en Chile en estudiantes universitarios, que obtuvo un coeficiente α de Cronbach de 0,89, siendo altamente significativo. (45)

Sin embargo, en ambos cuestionarios, para adecuarlos a la población específica de estudio, proveniente de asentamientos humanos del Bajo Piura, se realizó una prueba piloto. Se utilizó como población piloto al caserío del medio Piura “Miraflres”. Se encuestó a 20 pobladores de 18 años a más, evaluando la comprensión de los términos y de los enunciados. Se obtuvo un coeficiente de alfa de Crombach de 0,6, lo que significa que requería cambios para adaptarla a la población. Con este resultado, se editaron 5 enunciados de acuerdo a lo encontrado en el piloto, para mejorar su comprensión.

3.5. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores, técnicas e instrumentos	Ítems	Tipo de variable
VARIABLE DEPENDIENTE						
Calidad de vida en relación a la salud	Concepto genérico que refleja preocupación por la modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.	Nivel obtenido del 0 al 100 en las dimensiones respectivas en relación al cuestionario de Salud SF-36. Se tomará como valor individual, así como promedio por familia.	Función Física	Cuestionario de Salud SF 36, aplicado mediante encuesta para autollenado. Puntaje del 0 al 100.	3a – 3j	Cuantitativa Discreta De razón
			Rol Físico		4a - 4d	
			Dolor corporal		7 y 8	
			Salud General		1 y 11a - 11d	
			Vitalidad		9a, 9e, 9g, 9i	
			Función Social		6 y 10	
			Rol Emocional		5a – 5c	
			Salud Mental		9b, 9c, 9d, 9f, 9h	
			Transición de la Salud		2	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítems	Tipo de variable y Escala de medición
VARIABLES INDEPENDIENTES					
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
Sexo	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino	Características fenotípicas asociadas al aparato reproductivo.	0 = Masculino 1 = Femenino	Por completar en ficha de recolección de datos, por marcado.	Cualitativa Dicotómica Nominal

Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	____(Completar en ficha)	<i>Por completar en ficha de recolección de datos, por marcado.</i>	Cuantitativa Discreta Razón
Grado de instrucción	Grado de caudal de conocimientos adquiridos.	Nivel académico alcanzado	0 = Primaria 1 = Secundaria 2 = Superior 3 = otro	¿Cuál es el grado más alto al que llegó en la escuela: primaria, secundaria o superior, u otro?	Cualitativa Politémica Ordinal
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	Trabajo que desarrolla actualmente.	0 = Estudiante 1 = Empleo fijo 2 = Empleo eventual 3 = Desempleado 4 = Jubilado 5 = otros	¿Actualmente qué tipo de empleo desempeña?	Cualitativa Politémica Ordinal
Estado civil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil.	Situación actual en relación a su condición de vida de pareja.	0 = Soltero 1 = Casado 2 = Viudo 3 = Otros	¿Cuál es su estado civil?	Cualitativa Politémica Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE POR FAMILIA					
Funcionamiento Familiar	Dinámica de las relaciones en la familia, sistemáticas, que se da a través de cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.	Grado de funcionalidad cualitativo, en base al puntaje del test FF-SIL.	0= Familia funcional (70 a 50ptos) 1= Familia moderadamente funcional (56 a 43 pto) 2= Familia disfuncional (42 a 28 pto) 3 = Familia severamente disfuncional (27 a 14 pto)	<i>Por completar según Test FF – SIL, a través de un miembro de la familia.</i>	Cualitativa Politémica Ordinal
Índice de hacinamiento	Proporción entre la cantidad de personas que habita una vivienda y el espacio o número de cuartos disponibles. (46)	División entre número de personas y número de habitaciones.	____ (Por completar según ficha de recolección de datos)	<i>Número de habitantes por casa / Número de habitaciones (carpas)</i>	Cuantitativa Continua De Intervalo

3.6. Aspectos éticos

El enfoque de la investigación en situaciones de desastre ha sido evaluada en diferentes guías internacionales, y comentada en revisiones de las mismas. (47) El tema que más retos éticos presenta es el consentimiento informado. Otras recomendaciones propuestas es realizar un contacto inicial antes de la intervención, y posterior a la intervención, apoyo psicológico si fuera necesario.

De esta manera, se respetó la autonomía y participación de pobladores mediante un consentimiento informado. (Anexo N°01) También se realizaron visitas previas a la localidad, para conversar con los pobladores y coordinar la visita para las entrevistas.

Dentro de otros aspectos éticos generales en investigación, se hará valer:

Respeto:

- a) No maleficencia: el presente estudio no va en contra de los principios o de la integridad física de los participantes. La información obtenida es confidencial y se mantiene la privacidad de la misma, de uso exclusivo para el estudio.
- b) Autonomía: Se hizo uso de un consentimiento informado, donde se explicó el objetivo del estudio. Los participantes tenían la facultad de retirarse del estudio cuando lo deseen.

Beneficiencia: Los datos obtenidos se procesarán para promover el bienestar del participante, que sobrepasa algún riesgo probable. Prevalece la preocupación sobre el individuo.

Justicia: Los beneficios del estudio caen sobre la población de estudio, pues de ellos parte la información obtenida. De esa forma se vela por el principio de justicia.

Finalmente, una vez obtenido los resultados sistematizados y sustentados, se enviará a las autoridades del Programa Habitacional y de la municipalidad con recomendaciones específicas y propuestas de intervención para contribuir con la mejora de la calidad de vida de la población. Posteriormente se pueden coordinar actividades posteriores.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.- Estudio Cualitativo

Condiciones de Vida del Programa Habitacional de Damnificados, San Pablo – Catacaos

a) Formación del Poblado

El Programa Habitacional una población relocalizada, proveniente de los asentamientos humanos Nuevo Catacaos, Jacobo Cruz, Jorge Chavez, Christian Requena, Monte Sullon, Pedregal, Molino Azul, Nuevo Pedregal y Pedro Miguel Hidalgo; que sufrieron pérdida de sus viviendas. Inicialmente estuvieron localizados en carpas cercanas a lo largo de la vía Piura Chiclayo, a cargo del Gobierno Regional. Posteriormente, en mayo del 2017 fueron relocalizados al Caserío San Pablo, a una extensión de terreno de aproximadamente 18 hectáreas. El terreno fue otorgado a través de la Comunidad Campesina “San Juan Bautista de Catacaos”.

Cuentan con el expediente que otorga el terreno habitado actualmente y con registro de persona jurídica en la Superintendencia Nacional de Registros Públicos (SUNARP). Aun no cuentan con empadronamiento por parte del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI).



Inicialmente, alrededor de 2500 damnificados llegaron a habitar el poblado. Desde hace aproximadamente un año, algunas familias han abandonado el programa, dirigiéndose de vuelta a sus casas previas, o buscando refugio en otras zonas de Piura. Se han registrado un aproximado de 15 nacimientos en el sector de estudio.

b) Organización

Se encuentra dirigido por una Junta Directiva electa de forma comunal, que ejerce funciones durante 2 años, y que principalmente cuenta con las funciones de dirigir esfuerzos para desarrollo del programa.

En la parte educativa, contaron con un centro de estudio de material prefabricado con enseñanza a primaria y secundaria, inicialmente con funciones durante la temporada de emergencia. Fue implementado con el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Se mantuvo en

funcionamiento hasta el año pasado. Actualmente, fuera de funcionamiento, por lo que la mayoría de menores estudia en otros centros educativos públicos de Catacaos, lejos del programa.

Además, cuentan con una emisora local, que funciona para todo el poblado. También se utiliza para comunicados.

c) Acceso, terreno y distribución

Se asienta sobre un terreno arenoso desértico. Cuenta con acceso por una calle de enripiado que va desde la carretera principal, a unos 500 metros, con una extensión de 1,2 km. Se distribuye en 3 calles principales: Las Flores, Jerusalén, COPI; y 1 avenida: 27 de marzo. Cuenta con 21 manzanas según la lotificación, no delimitadas.

d) Viviendas y servicios básicos

Los lotes cuentan en su mayoría con módulos contruidos por los propios pobladores, de esteras, carrizo y triplay principalmente. Fueron contruidos en su mayoría durante los primeros 6 meses tras el traslado. Los techos son de calamina o esteras. La división interna de las viviendas es del mismo material, si es que la hay. En su interior cuentan en su mayoría con carpas que parten desde la época inmediata al desastre, otorgadas por el gobierno regional. Estas funcionan como habitaciones para dormir. Las cocinas son a predominio de leña. Las viviendas cuentan con un corral en su parte posterior.

El servicio de agua potable se brinda a través de tanques de agua, aproximadamente 1 tanque por cada 10 a 20 casas, con funcionamiento interdiario. No hay conexiones de agua directa a las viviendas. Los servicios higiénicos se encuentran en casetas de madera distribuidas a lo largo del poblado, igual número que los tanques de agua. Se dividen en servicios para hombres, mujeres y niños.

e) Actividades Económicas

Entre las principales actividades desarrolladas por los hombres se encuentran trabajos de construcción, de ganadería y agricultura; los dos últimos los realizan bien en las chacras que poseían en sus anteriores locaciones, o en los corrales en sus viviendas actuales. Por otro lado, otros pobladores, incluyendo mujeres, trabajan como obreros en la cosecha de uva. Las mujeres restantes son amas de casa, y algunas de ellas realizan como negocio propio el tejer paja, y comercializan productos en la ciudad.

f) Acceso a los servicio de salud

El caserío de San Pablo cuenta con un centro de salud de atención primaria, donde se reciben los servicios respectivos al nivel asignados de resolución.

g) Apoyo

Durante los 3 primeros meses tras la inundación, recibieron alimentos. Las carpas otorgadas por el gobierno regional son conservadas en las casas, y recibieron además 2 colchones por carpas.

Organizaciones externas, como las ONGs, son las que continúan enviando víveres, vestimenta, o implementos para las casas; en forma de campañas, aproximadamente 4 o 5 por año. La implementación del colegio fue gracias a ONGs. Por otro lado, también han recibido campañas médicas, como la brindada por estudiantes de la universidad hace unos meses.

4.2.- Estudio Cuantitativo

4.2.1.- De la muestra

De los 438 lotes asignados, solo 128 contaban con viviendas con familias que los habitaban de forma permanente. De la muestra ampliada de 65 viviendas, se encuestaron 62. De las 62 viviendas, 7 eran habitadas por solo 1 miembro, o en su defecto solo 1 adulto y menores, por lo que solo se recolectó datos para el funcionamiento familiar de 55 familias. Este valor cumple con el tamaño mínimo muestral.

Se utilizaron los datos de calidad de vida de las 62 viviendas, logrando un total de 86 encuestas. En conclusión, se recolectaron 86 encuestas de pobladores que cumplían criterios de selección, con datos demográficos y de calidad de vida; y 55 encuestas de funcionamiento familiar.

4.2.2.- Estudio Descriptivo

Clasificación grupos etarios

De cada familia encuestada, se tomaron los datos de número de habitantes y edades de los mismos. El número total de habitantes de las familias encuestadas fue de 217. Se distribuyeron los grupos etarios según el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. (13) El orden de predominancia fue: adultos (32,7%); niños (28,1%), jóvenes (17,5%), adolescentes (16,1%) y adulto mayor (5,5%). El 37,7% (23) de los niños era menor de 5 años.

Características demográficas

El sexo predominante fueron mujeres (62,5%). La edad promedio de 42 años, y contó con una distribución normal. (Gráfico N°01) Más del 10% de los encuestados eran analfabetos, y solo 5 habían alcanzado educación superior. Respecto a la ocupación, el 50% fueron amas de casa. La mitad de pobladores vivían bajo hacinamiento. Las demás características demográficas se describen en la Tabla N°01.

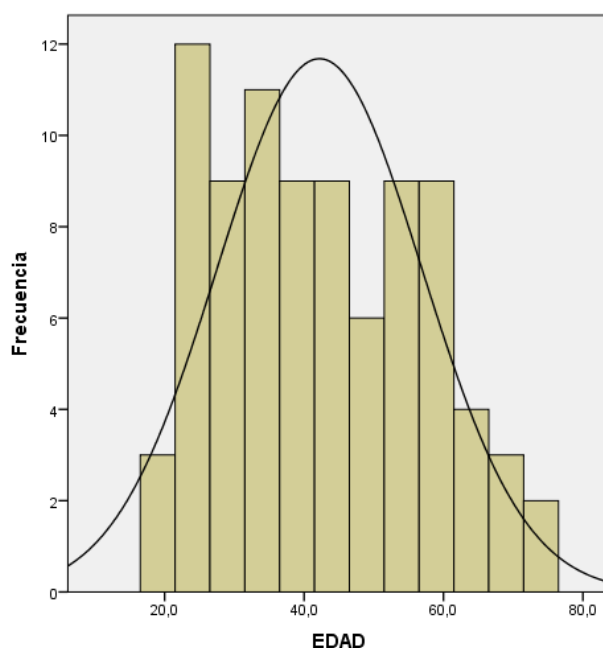
Tabla N° 01: Características demográficas de una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017, Piura - Perú

Característica	Frecuencia Absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Sexo		
Masculino	34	39,5
Femenino	52	60,5
Edad	42*	14,1**
Grado de instrucción		
Analfabeto	11	12,8
Primaria	32	37,2
Secundaria	38	44,2
Superior	5	5,8

Estado civil		
Casado/A	35	40,7
Conviviente	31	36,0
Soltero/A	20	23,3
Ocupación		
Ama De Casa	43	50,0
Empleo Eventual	29	33,7
Otros	7	8,1
Desempleado	5	5,8
Empleo Fijo	1	1,2
Jubilado	1	1,2
Hacinamiento		
Sí	43	50,0
No	43	50,0
TOTAL	86	100,0

* Promedio, ** Desviación estándar

Gráfico N°01: Distribución de la población según edad



Calidad de vida en relación a la salud

Para valorar la fiabilidad del cuestionario de calidad de vida, se halló el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,886.

La calidad de vida de la población tiene un promedio de 61,9 (DE=19,6). Se obtuvieron valores mínimos y máximos desde 0 hasta 100 en diferentes dimensiones. La dimensión con mejor puntaje fue la Función Física, con 73,7. Por el contrario, la salud general recibió el

puntaje más bajo con 51,9. En la Tabla N°02 y se detallan los promedios y desviaciones de las demás dimensiones.

La variable calidad de vida presenta una distribución normal, como se ejemplifica en el Gráfico N°02. Se aplicó la Prueba T para muestra única para comprobar la media poblacional en las diferentes dimensiones. Se obtuvieron los intervalos de diferencia superior e inferior (Tabla N°03), y se compararon mediante barras de error (Gráfico N°03).

Tabla N°02: Estadística descriptiva de la calidad de vida relacionada a la salud según sus dimensiones en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017, Piura - Perú

DIMENSIÓN	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Salud General	86	0.0	97.0	51.9	19.5
Función Física	86	0.0	100.0	73.7	28.8
Rol Físico	86	0.0	100.0	61.7	30.7
Dolor corporal	86	0.0	100.0	53.4	31.4
Vitalidad	86	6.3	100.0	59.7	21.3
Función Social	86	0.0	100.0	68.9	24.5
Rol emocional	86	0.0	100.0	59.2	29.9
Salud Mental	86	10.0	100.0	64.1	21.1
CALIDAD DE VIDA	86	7,5	96,5	61,6	19,6

Gráfico N°02: Histograma de la calidad de vida en relación a la salud en la población de estudio

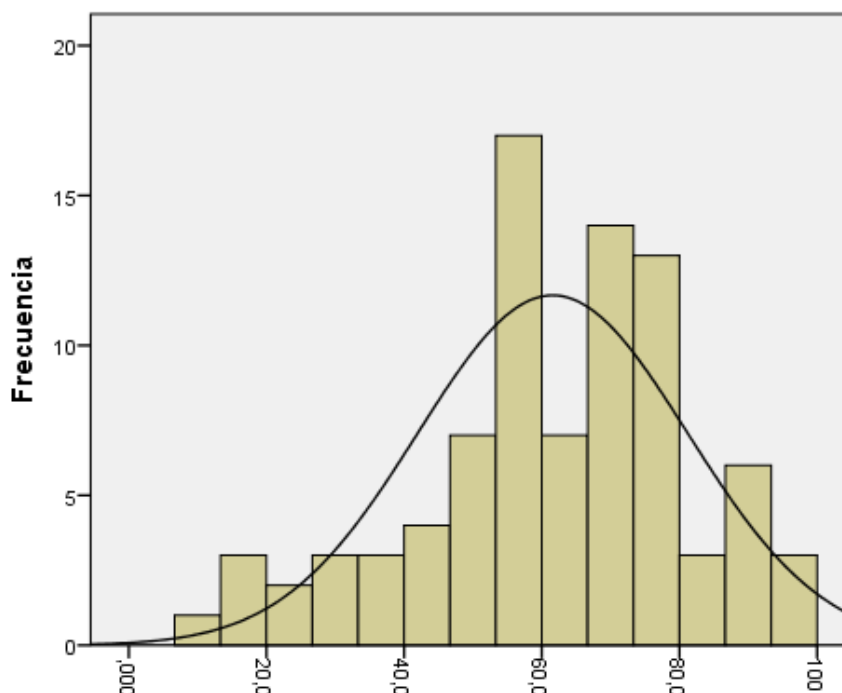
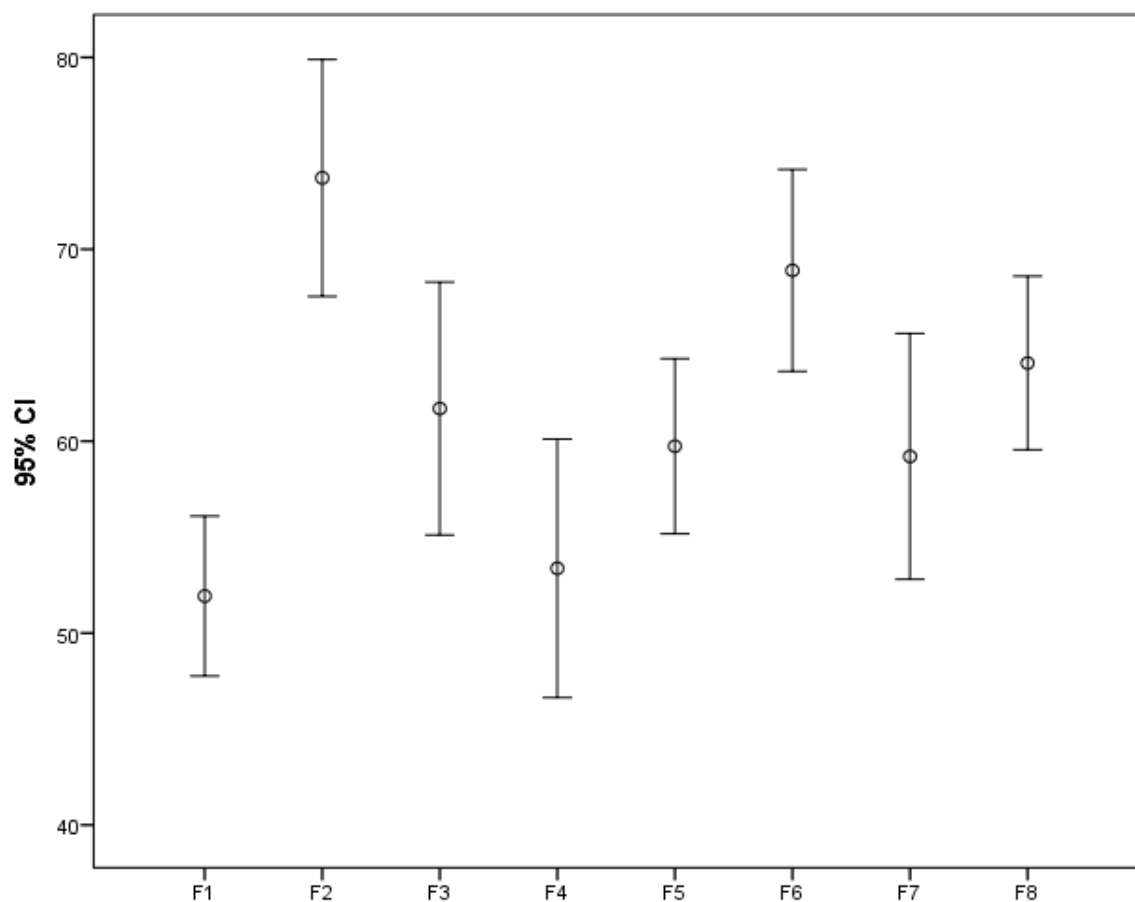


Tabla N°03: Prueba T para una muestra única de las dimensiones de calidad de vida en relación a la salud en la población de estudio

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Salud General	24.758	85	.000	51.93	47.76	56.10
Función Física	23.737	85	.000	73.72	67.55	79.90
Rol Físico	18.635	85	.000	61.70	55.12	68.28
Dolor corporal	15.756	85	.000	53.37	46.64	60.11
Vitalidad	26.036	85	.000	59.74	55.18	64.30
Función Social	26.040	85	.000	68.90	63.63	74.16
Rol emocional	18.381	85	.000	59.21	52.80	65.61
Salud Mental	28.166	85	.000	64.07	59.55	68.59

Gráfico N°03: Barras de error de valores absolutos de las dimensiones de calidad de vida de la población en estudio



Funcionamiento Familiar

Para valorar la fiabilidad del Test FF-SIL en esta población, se halló el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,811. Se evaluaron las 7 dimensiones del test para funcionamiento familiar (Tabla N°04), todas con una media mayor de 3,5 según el puntaje para la escala de Likert. Las dimensiones con mayor puntaje fueron la cohesión y la afectividad.

Se estratificó el funcionamiento familiar. Más del 95% de familias se catalogaron como funcionales o moderadamente funcionales. Solo 2 familias moderadamente disfuncionales. (Tabla N°05)

Se evaluó la distribución del funcionamiento familiar, y se encontró una distribución no normal. Se ejemplifica en el Gráfico N°04.

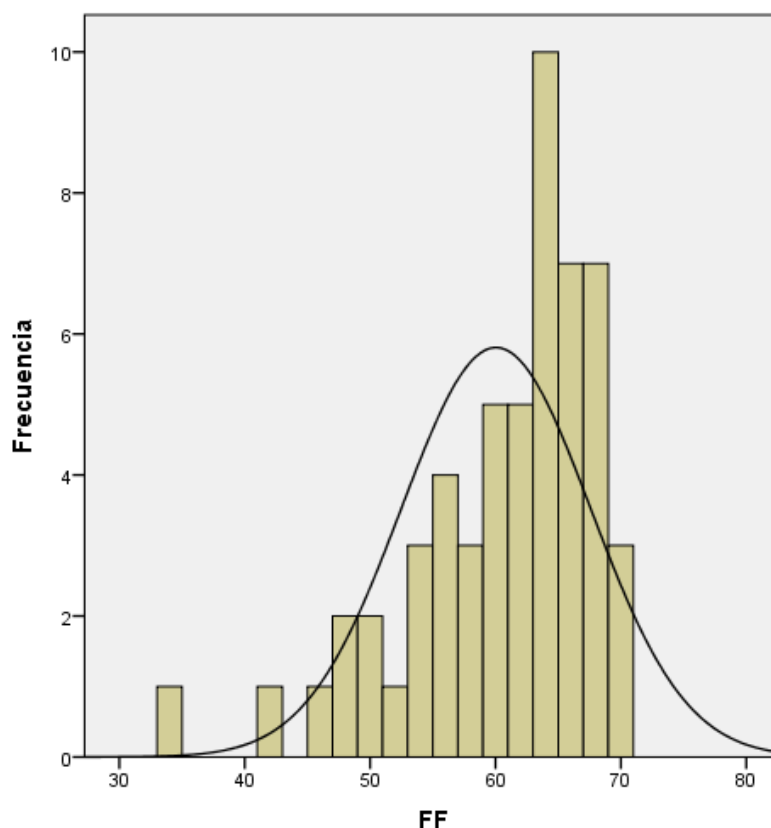
Tabla N°04: Estadística descriptiva del funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017, Piura - Perú

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Cohesión 1	55	2.0	5.0	4.6	0.8
Cohesión 2	55	2.0	5.0	4.5	0.8
Armonía 1	55	2.0	5.0	4.6	0.7
Armonía 2	55	2.0	5.0	4.3	0.9
Roles 1	55	3.0	5.0	4.6	0.7
Roles 2	55	1.0	5.0	4.4	0.9
Afectividad 1	55	3.0	5.0	4.7	0.6
Afectividad 2	55	3.0	5.0	4.6	0.7
Comunicación 1	55	1.0	5.0	4.3	1.0
Comunicación 2	55	1.0	5.0	4.2	1.1
Permeabilidad 1	55	1.0	5.0	3.8	1.3
Permeabilidad 2	55	1.0	5.0	3.8	1.3
Adaptabilidad 1	55	1.0	5.0	3.9	1.2
Adaptabilidad 2	55	1.0	5.0	3.9	1.1

Tabla N°05: Grado de funcionalidad familiar en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017, Piura - Perú

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Familia Funcional	40	72.7
Familia Moderadamente Funcional	13	23.6
Familia Moderadamente Disfuncional	2	3.6
Familia Severamente Disfuncional	0	0
Total general	55	100.0

Gráfico N°04: Histograma del funcionamiento familiar en la población de estudio



4.2.3.- Estudio Analítico

Se determinó la normalidad de la variable dependiente y de la independiente con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se encontró una distribución normal para la calidad de vida, y una distribución no normal para el funcionamiento (Tabla N°06).

Se procedió con el estudio de correlación con la prueba Rho de Spearman por la distribución no normal. Se halló un coeficiente de correlación de estadísticamente no significativo de 0,85 ($p > 0,05$). (Tabla N°07)

Tabla N°06: Distribución de normalidad con Kolmogorov-Smirnov para la calidad de vida y el funcionamiento familiar

		Calidad de Vida	Funcionamiento Familiar
N		55	55
Parámetros normales	Media	60.610	60.04
	Desviación estándar	17.786	7.555
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.104	.143
	Positivo	.050	.094
	Negativo	-.104	-.143
Estadístico de prueba		.104	.143
Sig. asintótica (bilateral)		.200	.007

Tabla N°07: Correlación de calidad de vida y funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017, Piura - Perú

Rho de Spearman	Funcionamiento Familiar		Calidad de Vida	
	Funcionamiento Familiar	Coeficiente de correlación	1.000	-.234
		Sig. (bilateral)		.085
		N	55	55
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-.234	1.000
		Sig. (bilateral)	.085	
		N	55	55

Se determinó la correlación entre la variable principal y otras variables secundarias. En el caso del sexo, los hombres tenían una media de 69,6 de calidad de vida y las mujeres 56,3. Se halló un coeficiente de correlación estadísticamente significativo de 0,002 ($p < 0,05$). En el caso del hacinamiento, las familias no hacinadas tenían una media de 59,25 de calidad de vida, y las hacinadas de 63,9. Se halló un coeficiente de correlación estadísticamente no significativo de 0,272 ($p < 0,05$).

Finalmente, para cruzar la calidad de vida y la edad, se halló inicialmente una distribución normal de la variable “edad”. Se aplicó Correlación de Pearson para dos variables con distribución normal, y se halló un coeficiente estadísticamente significativo de $< 0,001$ ($p > 0,05$), de correlación inversamente proporcional.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y el funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017. La calidad de vida en relación a la salud de la población investigada es menor en comparación a la de población peruana no afectada (44), con un promedio de 61,7; y el funcionamiento familiar de la misma población mostró casi en su totalidad grados de funcionalidad adecuados. Ambas variables no se encontraban relacionadas. De esta forma el presente estudio demostró que a pesar de tener niveles de calidad de vida en relación a la salud no adecuados, las familias del Programa Habitacional San Pablo mantienen buenos niveles de funcionamiento familiar. En otras palabras, se da a entender que las familias de este programa, que comparten características demográficas y socioeconómicas, mantienen aún relaciones familiares adecuadas por lo que están respondiendo ante el evento adverso que no ha llegado a alterar su dinámica familiar. Se encontró además que existe relación entre una pobre calidad de vida y mayor edad o ser mujer.

Condiciones de vida

Los habitantes del Programa de Damnificados de San Pablo es un grupo poblacional afectado por la inundación y reubicado. Actualmente, su condición de vida se caracteriza por tener acceso limitado al servicio de agua potable y de educación básica, no contar con alcantarillado ni servicio de electricidad, servicios higiénicos compartidos, piso de vivienda de tierra/arena y demás. A pesar de eso, mantiene acceso al servicio de salud cercano. Esta población tiene características compatibles con viviendas de zona rural.(48)

Los servicios básicos de agua potable, luz eléctrica y alcantarillado, se asocian a mejores condiciones de vida en la población. En el Perú, las cifras de cobertura de fuente de agua conectada a red pública y luz eléctrica aun no son universales; sin embargo se encuentran en aumento. Para el 2017, el 71,1% de casas en la zona rural cuenta acceso al agua y el 83,5% cuenta con servicio de luz eléctrica. Los servicios higiénicos con inodoro conectado a red pública son el servicio con menor cobertura, llegando solo al 71,3%.(48)

Las reubicaciones reducen la exposición de una población hacia el riesgo de exposición al desastre natural, pero pueden ocasionar cambios en el estilo y calidad de vida, llegando también a su deterioro, por afectar su acceso a recursos y servicios básicos, alterar la dinámica productiva y las redes sociales.(49) Al momento se observa deterioro de la calidad de vida, pero al parecer sin afectación de la dinámica familiar.

De esta manera, la gestión de la reubicación debe ser un proceso compartido activamente entre los pobladores y el gobierno, que garantice mejores condiciones de vida que las anteriores.(49)

Características demográficas

La población, demográficamente, muestra un predominio en adultos con 32,7% (20 a 64 años) y de niños con 28,1% (<10 años). En el Perú se ha observado, como en otros países en desarrollo, la reducción progresiva de la base piramidal, pero que aún conserva su predominio basal.(50)

Este fenómeno concuerda parcialmente con esta zona rural. En comparación con la ENDES 2017, la población de San Pablo presenta una base piramidal poblacional más ancha (48), lo que indica que se está comportando aun como una zona en desarrollo de hace 10 o 20 años. Asimismo, su población adulta mayor es mínima, con un 5,5% del total, en comparación con el promedio de Piura en el 2017 de 11,1%. (50)

Por otro lado, la distribución según género también muestra características similares. Su población presenta un predominio de mujeres (62,5%), a diferencia de la distribución nacional que es casi equiparable entre ambos sexos. Esto puede influir significativamente en las diferentes esferas sociales de la población, por la brecha de género en una zona rural. Como ejemplo, en la productividad laboral, la ocupación predominante en esta población es ser ama de casa (50%).

En el Perú, en la zona urbana la mediana de años de estudios es aproximadamente 5 años más en comparación a la rural. Esta diferencia se evidencia también entre géneros, pues las mujeres tienen una mediana de un año menos de estudios.(48) Esto podría reflejarse en el grado de instrucción de la población en estudio, donde 10% son analfabetos y solo 5 personas han alcanzado la educación superior.

Calidad de vida

La calidad de vida en relación a la salud fue medida con un instrumento validado para población peruana (44), que además mostró consistencia interna adecuada para la población estudiada después de las modificaciones según el estudio piloto, con un valor de Alfa de Crombach de 0,886.

El puntaje obtenido de calidad de vida en relación a la salud en esta población es menor en comparación al puntaje de poblaciones peruanas de bajos recursos no afectadas por inundación, con una diferencia de hasta más de 15 puntos. (44) Esta tendencia del deterioro de la calidad de vida en relación a una inundación ha sido evidenciada en otros estudios con población adulta de similares características (12), en un estudio prospectivo(11) ; así como en otras poblaciones como la de adultos mayores (14). La esfera más afectada es la de salud general, que significa que la mayoría de pobladores evalúa como mala la propia salud y que cree que puede empeorar. Por otro lado, la esfera con mejor puntuación fue la función física, que significa que gran parte de la población percibe que puede realizar actividades vigorosas y que no le limita su salud el realizarlas. Esto se puede explicar porque la población en su mayoría es adulto joven (edad promedio 41 años), y que realizan trabajos físicos como parte de sus actividades laborales (albañiles, campesinos, amas de casa).

En general, las inundaciones se catalogan como desastres que en países en desarrollo tienen un impacto en la carga de enfermedades crónicas, así como en el empeoramiento de la salud mental global. (51) Los estudios a largo plazo evidencian que existen diferentes esferas afectadas. La morbilidad menor aumenta a causa de infecciones óticas, dermatitis, cefaleas, alergias, condiciones respiratorias, etc.(51) Las enfermedades crónicas se descompensan y aumentan el número de ingresos a hospitalización.(51,52) Algunas explicaciones se basan en la discontinuación de medicamentos y de citas de control en centros de salud. También se ha visto el aumento de tasas de malnutrición (51,52), probablemente porque en países en desarrollo, los pocos recursos naturales escasean por destrucción tras la inundación. Finalmente se ha visto impacto sobre resultados obstétricos desfavorables, probablemente por falta de acceso a servicios de salud, estrés prenatal y malnutrición. (51)

La esfera mental se encuentra dentro de las más estudiadas, donde se ha encontrado tendencia al aumento de prevalencia de enfermedades a largo plazo en ambientes de escasos recursos pos inundación.(51,52) Esto va de la mano con otras áreas, pues el desenvolvimiento físico y social se ven afectados tras una inundación a consecuencia de las pérdidas y el estrés.(51) Entre los hallazgos de afectación de esta esfera se encuentran: estrés postraumático, ansiedad durante las lluvias, ataques de pánico, estrés y problemas de sueño, depresión.(4,51–53)

A pesar de la evidencia encontrada en relación a la afectación sistemática de la esfera mental, la mayoría de estudios se centran en el impacto a corto plazo, aun es necesaria la implementación de estudios longitudinales que evalúen el comportamiento de estas afectaciones, y encuentren los

factores relacionados a esta. De esta manera poder plantear medidas preventivas para mejorar la capacidad adaptativa de la población a estos cambios y mejorar la resiliencia social.(51,54)

Este panorama de deterioro de calidad de vida se repite para otros tipos de desastres naturales, como huracanes, terremotos, y demás.

Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar fue medido a través del Test-FFSIL, y se logró una consistencia interna adecuada tras las modificaciones en el piloto, con una Alfa de Crombach de 0,811.

Se obtuvo como resultado que más del 95% de las familias estudiadas tenían grados de funcionalidad adecuados, entre funcionales y moderadamente funcionales. Las esferas con mejores puntajes fueron la cohesión y afectividad, que significa que existe alto grado de unión familiar al momento de enfrentar diferentes situaciones y tomar decisiones, y que tienen la capacidad de demostrar sus sentimientos entre ellos.

A pesar de no haber estudios con evaluación directa del funcionamiento familiar, se ha reportado en un estudio pos inundación que solo el 3% de los estudiados refería relaciones familiares no armoniosas, en una población que sin embargo mostraba marcado deterioro de la calidad de vida. (14)

Calidad de vida y su relación con el funcionamiento familiar y otras variables

Al estudiar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y el funcionamiento familiar, se halló que no existe relación entre ambas variables. Esto se puede entender como que a pesar que los pobladores tengan una puntuación bajo o alta del score de calidad de vida, mantenían niveles aceptables de funcionamiento familiar, por lo que no existe relación entre ambas variables. No existen estudios que planteen directamente el estudio de ambas variables, pero indirectamente se pueden inferir relaciones. En otras palabras, las limitaciones socioeconómicas y de calidad de vida en un ambiente pos desastre, no ha llegado a afectar la dinámica familiar, lo que se puede tomar como una especie de adaptación.

En el contexto de un desastre natural, la evaluación del funcionamiento familiar toma importancia pues este núcleo, en casos de disfunción, puede empeorar problemas de salud de base o generar nuevos. (30,31) Esto se puede explicar porque la familia funciona como un apoyo social, y es este factor que ha demostrado ser protector para mejorar los resultados en salud a largo plazo pos inundación.(10,12,14,55) De esta forma el núcleo familiar es pieza clave dentro de las medidas de control de efectos en la etapa pos inundación, y debe explotarse.

A pesar de no encontrar relación entre estas variables, al plantear correlaciones entre calidad de vida y otras, se encuentran panoramas distintos. Este estudio encontró diferencia significativa entre la calidad de vida según el sexo, siendo menor para las mujeres hasta en más de 10 puntos ($p=0,002$). De igual manera, se halló que a mayor edad, disminuía el puntaje de calidad de vida ($p<0,001$). En el caso de hacinamiento, no se encontró relación entre vivir bajo hacinamiento y menor puntaje (probablemente porque la mitad de estudiados vivían bajo condiciones de hacinamiento).

Estos hallazgos son compatibles con estudios previos. Al momento de estudiar los efectos en la salud en poblaciones pos inundación, se han planteado averiguar qué factores hacen más vulnerables a ciertos grupos humanos. Se ha encontrado que ser mujer se relaciona a mayor deterioro de la salud mental y general peor estado de salud, menores puntajes en calidad de vida, entre otros resultados. (4,14) En nuestro caso, podría relacionarse parcialmente a que las mujeres tienden a puntajes de

calidad de vida menores incluso en poblaciones no afectadas por desastre (44); sin embargo, existen otros factores como el de salud mental de base o condición social que también podrían relacionarse.

Otro factor importante es el de la edad, donde se encuentra que los adultos mayores tienden a puntajes de calidad de vida más pobres. (4,12,14) Esto se intenta explicar pues en general para ellos es más difícil la adaptación (12), y además por su mayor coexistencia de pluripatología. De igual manera en relación a la edad, los niños representan un grupo vulnerable.(4)

Entre otros factores intrínsecos se encuentran la presencia de comorbilidades, trastornos psicológicos, alteraciones del patrón del sueño, trastornos de personalidad. (4,12,14)

Entre los factores externos que vulnerabilizan a la población se ha encontrado el grado de afectación de la inundación, tener viviendas vulnerables, estrato socioeconómico bajo, grado de instrucción bajo, ser no casado, y ser campesino.(4,12,14)

Estas son características compartidas por la población en estudio, descritas en el estudio cualitativo y cuantitativo. Estas podrían ser otras razones por las cuales existe menor calidad de vida en relación a poblaciones no afectadas por inundación.

De esta forma, al conocer qué factores vulnerabilizan más a ciertos grupos dentro de una población, se deben redirigir estrategias hacia los grupos de alto riesgo en los controles a largo plazo. (4)

Limitaciones

Este estudio cuenta con limitaciones. En primer lugar, no existe grupo de comparación o grupo control en el mismo poblado de San Pablo, con habitantes no damnificados. Sin embargo, se han tomado como referencia los resultados de calidad de vida según el SF-36 de población peruana de bajos recursos, para simular la población control. (44) En segundo lugar, no se tienen datos prospectivos previos a la inundación, para evidenciar la disminución de calidad de vida. No obstante, no se puede predecir un desastre natural como este, a pesar de existir zonas de riesgo. De esta manera, se toman poblaciones control para comparar los resultados pos inundación, como se ha hecho en este estudio. En tercer lugar, no se han tomado datos del estado de salud específicos, como comorbilidades, atenciones recientes en salud, etc. Asimismo, este estudio es de nivel correlacional, lo que no permite estudiar causalidad. Esto se debe a que el estudio pretende ser un primer paso en evaluar de forma general la calidad de vida, y dar paso con los resultados a dirigir nuevas ideas de investigación.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

1. La calidad de vida en relación a la salud y el funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el Fenómeno del Niño del 2017 en Piura, no se encuentran relacionadas. Es decir, que de alguna forma, el deterioro de calidad de vida no ha comprometido la dinámica familiar, por lo que puede existir una especie de adaptación.
2. La población estudiada se caracteriza demográficamente por un mayor grupo poblacional de adultos y niños, predominio del sexo femenino, presentar hacinamiento hasta en un 50%, tener bajo grado de instrucción, vivir casado o en pareja, y dedicarse a empleos eventuales o ser ama de casa.
3. Las condiciones de vida de la población de estudio se caracterizan por ser un poblado joven, con viviendas autoconstruidas de material vulnerable, acceso limitado o nulo a servicios básicos, acceso cercano a servicios de salud primarios. En la parte económica, las actividades productivas son no industriales a predominio de mano de obra y temporales, y reciben apoyo esporádico de organizaciones externas.
4. La calidad de vida en relación a la salud de la población estudiada muestra puntajes menores en relación a otras poblaciones de bajos recursos en el Perú, siendo la esfera más afectada la salud general y la menos afectada el funcionamiento físico.
5. Las familias de la población de estudio muestran casi en su totalidad grados de funcionalidad adecuados.
6. El ser mujer y a mayor edad, se relaciona con puntajes más bajos de calidad de vida en la población de estudio. El hacinamiento no demuestra relación significativa con la calidad de vida.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

- 1.- Identificar zonas con riesgo de inundación, para iniciar actividades de concientización y posteriormente realizar proyectos de reubicación preventiva o implementar infraestructura de defensa para evitar los efectos de la inundación en la población. Esto debe estar a cargo de autoridades regionales.
- 2.- En caso de inundaciones, identificar a los grupos de riesgo a partir de los factores de vulnerabilización presentados, para realizar seguimiento estricto y promover actividades que mejoren la capacidad adaptativa de la población a estos cambios y mejorar la resiliencia. Esto consiste en evaluaciones de calidad de vida y condiciones de salud longitudinales por parte del sector salud; que vayan de la mano con talleres dirigidos a reforzar las esferas más afectadas.
- 3.- Realizar actividades de prevención en salud mental, una de las esferas más afectadas en procesos pos inundación; tanto en prevención secundaria para detectar trastornos ya presentes en la población, como de prevención terciaria para tratamiento de los ya presentes.
- 4.- Garantizar un seguimiento a largo plazo de la población, para mantener contacto continuo de acuerdo a su evolución según los cambios en la gestión de reubicación.
- 5.- Promover a la unidad familiar como punto de apoyo social y psicológico, pues existe desde ya un adecuado nivel de funcionalidad que permitirá potenciar sus capacidades.
- 6.- Empoderar y facilitar oportunidades a la población femenina, un grupo predominante en esta población y con menores niveles de calidad de vida, para que se conviertan en población económicamente activa y sean soporte emocional familiar. Actualmente, un grupo de amas de casa se dedica al arte de tejer y vender productos en las ciudades cercanas, por lo que mediante organización se podría agrupar para potenciar la comercialización.
- 7.- Promover la participación activa de los pobladores en el proceso de gestión de reubicación tras un desastre, como en este caso una inundación, para lograr garantizar mejores condiciones de vida que las anteriores; debido a que una mala gestión puede afectar acceso a recursos y servicios, así como alteración de la dinámica productiva y redes sociales.
- 8.- Generar nuevos proyectos de investigación a partir de los datos obtenidos, que involucren a otros grupos poblacionales no evaluados en este estudio, como la población pediátrica; y que se dirijan a temas no tocados en este estudio, como estados de salud específicos, comorbilidades, salud mental, discapacidad, etc. Además, que tengan cortes longitudinales para evaluación en el tiempo de los efectos en la salud.
- 9.- Realizar estudios de monitoreo y vigilancia del Fenómeno del Niño y de sus implicancias en la salud pública, para plantear medidas de adaptación y prevención antes nuevos desastres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kovats RS, Bouma MJ, Hajat S, Worrall E, Haines A. El Niño and health. *Lancet Lond Engl*. 1 de noviembre de 2003;362(9394):1481-9.
2. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Perú - El Niño Costero – 2017 Perú | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3710:emergencia-por-impacto-del-fenomeno-el-nino-costero-2017-peru&Itemid=1060
3. Hijar G, Bonilla C, Munayco CV, Gutierrez EL, Ramos W. [El niño phenomenon and natural disasters: public health interventions for disaster preparedness and response]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. junio de 2016;33(2):300-10.
4. Factors Increasing Vulnerability to Health Effects before, during and after Floods [Internet]. [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881153/>
5. Floods and human health: a systematic review. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22750033>
6. DeSalvo KB, Hyre AD, Ompad DC, Menke A, Tynes LL, Muntner P. Symptoms of posttraumatic stress disorder in a New Orleans workforce following Hurricane Katrina. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. marzo de 2007;84(2):142-52.
7. Defensoría del Pueblo. SEGUIMIENTO A LAS INTERVENCIONES DEL ESTADO POST FENÓMENO EL NIÑO COSTERO 2017, EN EL MARCO DE LOS PROCESOS DE REHABILITACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN. 2018.
8. Salud y derechos humanos [Internet]. [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
9. WHO Quality of Life Assessment Group. Que calidad de vida? [Internet]. 1996 [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
10. Waelveerakup W. The quality of life of flood survivors in Thailand, Nakhon Pathom Rajabhat University. *Australas Emerg Nurs J AENJ*. febrero de 2014;17(1):19-22.
11. Ji-hoon H, Min-Hyuk K, Sang-Back K, Samuel N, Joon-Ho P, Joung-Sook A, et al. A Prospective Study on Changes in Health Status Following Flood Disaster. *Psychiatry Investig*. 2008;5:186-92.
12. Tan HZ, Luo YJ, Wen SW, Liu AZ, Li SQ, Yang TB, et al. The effect of a disastrous flood on the quality of life in Dongting lake area in China. *Asia Pac J Public Health*. 2004;16(2):126-32.
13. Ministerio de Salud. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD. Ministerio de Salud, Lima - Perú; 2011.
14. Wu J, Xiao J, Li T, Li X, Sun H, Chow EPF, et al. A cross-sectional survey on the health status and the health-related quality of life of the elderly after flood disaster in Bazhong city, Sichuan, China. *BMC Public Health*. 19 de febrero de 2015;15:163.

15. Liang Y, Lu P. Health-related quality of life and the adaptation of residents to harsh post-earthquake conditions in China. *Disaster Med Public Health Prep.* octubre de 2014;8(5):390-6.
16. Zhang L, Wang P, He H. [Assessment on the quality of life among survivors living in temporary settlements two years after the «5.12» earthquake]. *Wei Sheng Yan Jiu.* noviembre de 2011;40(6):744-7.
17. Li G, Wang L, Cao C, Fang R, Liu P, Luo S, et al. DSM-5 posttraumatic stress symptom dimensions and health-related quality of life among Chinese earthquake survivors. *Eur J Psychotraumatology.* 2018;9(1):1468710.
18. Ozdemir O, Boysan M, Guzel Ozdemir P, Yilmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Res.* 30 de agosto de 2015;228(3):598-605.
19. Espinoza-Neyra C, Jara-Pereda M, Díaz-Vélez C. [Post-Traumatic Stress Disorder in a Population Affected by Floods Caused by El Niño in Peru]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* diciembre de 2017;34(4):751-2.
20. OMS | Constitución de la OMS: principios [Internet]. WHO. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
21. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA.* 4 de enero de 1995;273(1):59-65.
22. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* abril de 1993;2(2):153-9.
23. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* junio de 1992;30(6):473-83.
24. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine.* 15 de diciembre de 2000;25(24):3130-9.
25. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research.* 1992;1:349-51.
26. Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. 2009;6:10.
27. Robles-Espinoza A, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galvan EV, Naza-Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Medigraphic.* 2016;11:120-5.
28. Kongsakon R, Putthavarang T, Thomyangkoon P. Quality of life among the navies and their spouses survivors, six months after the tsunami disaster in Phang-Nga Naval Base, Thailand. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet.* mayo de 2012;95(5):716-22.
29. Cherry KE, Sampson L, Galea S, Marks LD, Baudoin KH, Nezat PF, et al. Health-Related Quality of Life in Older Coastal Residents After Multiple Disasters. *Disaster Med Public Health Prep.* 2017;11(1):90-6.
30. Ortiz M, Padilla M, Padilla E. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Psicol Am Lat* [Internet]. 2005;3. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n3/n3a05.pdf>

31. Espinal I, Gimeno A, Gonzáles F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*. 2004;14:21-34.
32. Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*. 1995;15:164-8.
33. Beavers WR, Hampson RB. Familias exitosas: evaluación, tratamiento e intervención [Internet]. Vol. 57. Grupo Planeta; 1995. 323 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books/about/Familias_exitosas.html?id=g09wyX47oksC
34. SENAMHI - Perú [Internet]. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.senamhi.gob.pe/?p=fenomeno-el-nino>
35. Bouma MJ, Kovats RS, Goubet SA, Cox JS, Haines A. Global assessment of El Niño's disaster burden. *Lancet Lond Engl*. 15 de noviembre de 1997;350(9089):1435-8.
36. Dilley M, Heyman BN. ENSO and disaster: droughts, floods and El Niño/Southern Oscillation warm events. *Disasters*. septiembre de 1995;19(3):181-93.
37. Franco E. ESPECIAL: EL NIÑO EN AMERICA LATINA. *Desastres y Sociedad*. 1998;9.
38. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI). Centro de operaciones de emergencia nacional. Resumen Ejecutivo histórico de la temporada de lluvias 2016-2017 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.indeci.gob.pe/objetos/alerta/MjY2MA==/20180903133549.pdf>
39. <https://www.facebook.com/pahowho>. PAHO/WHO Health Emergencies - Guidelines for vulnerability reduction in the design of new health facilities | PAHO/WHO [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=659:guidelines-for-vulnerability-reduction-in-the-design-of-new-health-facilities&Itemid=924&lang=en
40. Centro de Operaciones de Emergencia de la OPS. Lluvias e inundaciones en Perú. [Internet]. 2017 abr. Disponible en: www.paho.org/desastres
41. Determinación del tamaño muestral [Internet]. [citado 12 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#media>
42. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 12 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7783470>
43. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135-50.
44. Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia Pac J Public Health*. marzo de 2015;27(2):NP2372-2380.
45. Fuentes AP, Merino JM. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu*. 2016;14:247-83.
46. Spicker P, Alvarez S, Gordon D. Pobreza : Un glosario internacional. 1era ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO; 2009.

47. Mezinska S, Kakuk P, Mijaljica G, Waligóra M, O'Mathúna DP. Research in disaster settings: a systematic qualitative review of ethical guidelines. *BMC Med Ethics* [Internet]. 21 de octubre de 2016 [citado 13 de enero de 2019];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073437/>
48. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
49. Briones Gamboa F. Inundados, reubicados y olvidados: Traslado del riesgo de desastres en Motozintla, Chiapas. *Rev Ing* [Internet]. 2010 [citado 16 de febrero de 2019];(31). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=121015012005>
50. INEI. Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2017. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf
51. Alderman K, Turner LR, Tong S. Floods and human health: a systematic review. *Environ Int*. 15 de octubre de 2012;47:37-47.
52. Du W, FitzGerald GJ, Clark M, Hou X-Y. Health impacts of floods. *Prehospital Disaster Med*. junio de 2010;25(3):265-72.
53. Waite TD, Chaintarli K, Beck CR, Bone A, Amlôt R, Kovats S, et al. The English national cohort study of flooding and health: cross-sectional analysis of mental health outcomes at year one. *BMC Public Health*. 28 de 2017;17(1):129.
54. Lamond JE, Joseph RD, Proverbs DG. An exploration of factors affecting the long term psychological impact and deterioration of mental health in flooded households. *Environ Res*. julio de 2015;140:325-34.
55. Zhong S, Yang L, Toloo S, Wang Z, Tong S, Sun X, et al. The long-term physical and psychological health impacts of flooding: A systematic mapping. *Sci Total Environ*. 1 de junio de 2018;626:165-94.

ANEXOS

ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es brindar a los participantes del estudio una explicación entendible del mismo, y la función que desempeñan como objeto de estudio.

El estudio presente es conducido por Emanuel Ramos Cedano, estudiante del último año de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura, como parte de su obtención de título profesional.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre la calidad de vida en relación a la salud y el funcionamiento familiar en poblaciones afectadas por la inundación durante el fenómeno del niño del 2017 en Piura, Perú.

Si usted acepta participar del estudio, se le pedirá que responda un cuestionario, que tomará a aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria, por lo que con el llenado de esta encuesta entendemos que brinda su consentimiento para ser parte del mismo. La información de la encuesta se mantendrá anónima. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Los resultados serán expuestos en la universidad, y serán entregados a las autoridades correspondientes para tomar acciones en la comunidad.

Se agradece de antemano su colaboración.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento, con los que he acordado.

Nombre del participante

Firma del participante

Piura, Perú - 2019

ANEXO N°02: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Estimado poblador del Programa Habitacional de Damnificados San Pablo – Catacaos:

La encuesta presentada es parte de la investigación mencionada en el Consentimiento Informado. La encuesta cuenta con tres módulos, los cuales cuentan con instrucciones para su llenado en cada apartado. El llenado corresponde a usted. En caso tenga alguna duda, consultarla con la persona que lo está visitando.

Muchas gracias por su colaboración.

MÓDULO I.- DATOS DEMOGRÁFICOS

Marque con una “X” en la alternativa correspondiente para usted, o en su defecto complete el espacio en blanco (____).

EJEMPLO:

1.- Sexo:	Masculino	(X)
	Femenino	()

1. Sexo:

Masculino / Varón	()
Femenino / Mujer	()

2. ¿Cuántos años tiene?: _____ años cumplidos

3.- Grado de instrucción máximo alcanzado:

Primario	()
Secundario	()
Superior	()
Otro	()

3. Estado civil:

Soltero/a	()
Conviviente	()
Casado/a	()
Viudo/a	()
Otro	()

4.- Ocupación:

Estudiante	()
Empleo fijo	()
Empleo eventual	()
Desempleado	()
Jubilado	()
Ama de casa	()
Otro	()

II.- MODULO II: Cuestionario de Salud SF – 36.

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una ☒ la casilla que mejor

e.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace dos años?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

3.- Respecto a su salud actual, ¿cuánto cree que le limita para hacer las siguientes actividades cotidianas?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, barrer la casa, o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵
d.- ¿Se le hizo <u>más dificultoso</u> hacer su trabajo o sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵

5.- En las últimas 4 semanas, debido a algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso), ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividad cotidiana?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Gracias por contestar a estas preguntas

III.- MÓDULO III: TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF – SIL.

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que mejor corresponda a lo ocurre en la familia, según la constancia en que la situación se presente. Al final, hay dos preguntas por responder mediante llenado.

EJEMPLO:

	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Los adultos tienen razón en la casa.			X		

		CONSTANCIA O FRECUENCIA CON QUE OCURRE				
	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se reparten las tareas de la casa de manera que nadie esté recargado.					
10	Dependiendo de la situación, se pueden cambiar las costumbres familiares si es necesario.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

- a) ¿Cuántas personas viven en tu casa de forma permanente? _____ (Edades: _____)
- b) ¿Cuántas habitaciones o separaciones de cuartos para dormir hay en tu casa? _____

ANEXO N°03: FOTOGRAFÍAS











